

**Miembros adicionales del hogar** (Si existen más de dos personas, haga una copia de la sección Miembros adicionales del hogar y complétela.)

Primer Nombre, Segundo, Apellido y Sufijo (Jr. /Sr., etc.)	Estado civil	Si está casado, ¿vive con su cónyuge? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Parentesco con usted?
--	--------------	--	------------------------

Número de Seguro Social (OPCIONAL) _____ - _____ - _____	Fecha de nacimiento ____/____/____	¿Embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha del parto: _____ En caso afirmativo, ¿cuántos bebés se esperan?: ____	<b>Sexo</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
---	---------------------------------------	--	--

**¿Espera esta persona presentar una declaración de impuestos federales el PRÓXIMO AÑO?**

Sí **En caso afirmativo**, conteste las preguntas 1 - 3  No **Si No**, pase a la pregunta 3.  
**Nota: Esta persona aún puede solicitar un seguro de salud, incluso si no presenta una declaración de impuestos federales.**

- ¿Espera presentar una declaración conjunta con su cónyuge/pareja?  Sí  No  
**En caso afirmativo**, nombre del cónyuge/pareja: \_\_\_\_\_
- ¿Va a reclamar a alguien como dependiente en su declaración de impuestos?  Sí  No  
**En caso afirmativo**, anote los nombres de los dependientes: \_\_\_\_\_
- ¿Lo declaran como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona?  Sí  No  
**En caso afirmativo**, por favor anote el nombre del declarante: \_\_\_\_\_  
 ¿Qué parentesco tiene con el declarante? \_\_\_\_\_

**¿Está esta persona solicitando Medicaid, Nevada Check Up o ayuda con sus primas de seguro de salud (Crédito fiscal anticipado para la prima - APTC)?**

Sí **En caso afirmativo**, responda a todas las preguntas que figuran a continuación.  No **Si no**, pase a las preguntas sobre ingresos.  
**Nota: Marcando "Sí" significa que será evaluado para recibir beneficios médicos con fondos federales.**

Número de Seguro Social - <b>REQUERIDO</b> si no indicado anteriormente _____ - _____ - _____	Si es un niño, menor de 19 años, ¿tiene acceso a cobertura de empleado público? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	---

¿Es ciudadano de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Ha vivido en los Estados Unidos desde 1996? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---	---

Si no es ciudadano de los Estados Unidos, ¿tiene estatus migratorio como elegible?  Sí  No

**En caso afirmativo**, proporcione la siguiente información: **Tipo:** \_\_\_\_\_ **Número de identificación:** \_\_\_\_\_

¿Es (son) esta persona, su cónyuge/pareja doméstica o sus padres (si es menor de edad) un veterano retirado honorablemente o miembro activo de las fuerzas militares??  Sí  No

¿Es un estudiante de tiempo completo?  Sí  No

¿Es Indio Americano o Nativo de Alaska?  Sí  No  
**En caso afirmativo**, ¿a qué tribu pertenece?

Si es menor de 26 años de edad, ¿alguna vez ha estado en cuidado temporal?  Sí  No  
**En caso afirmativo**, ¿en qué estado? \_\_\_\_\_

¿Edad cuando salió del programa? \_\_\_\_\_ ¿Recibió cuidado de salud a través de un programa estatal de Medicaid?  Sí  No

**Miembros adicionales del hogar, continuación:**

¿Es el padre o el pariente a cargo principal de cualquier niño, menor de 19, en el hogar?

 Sí  No**En caso afirmativo, ¿de quién?** \_\_\_\_\_¿Necesita ayuda con cuentas médicas de los últimos tres meses?  Sí  No**En caso afirmativo, ¿para cuáles meses?**¿Está legalmente ciego o permanentemente discapacitado?  Sí  No¿Recibe ingresos de la Seguridad Social (SSI)?  Sí  No

¿Necesita ayuda con actividades de la vida diaria a través de servicios de ayuda personal o un centro médico?

 Sí  No**Información sobre empleo actual e ingresos** **Desempleado** – Pase a la sección 'Otros ingresos'**EMPLEO ACTUAL:**Durante los últimos 3 meses ha:  Cambiado de empleo  Dejado de trabajar  Trabajado menos horas  
 Ninguno de estos

Nombre del empleador: (Si trabaja por su cuenta escriba 'SÍ MISMO')

Promedio de horas trabajadas cada semana

Dirección del empleador:

Número de teléfono del empleador:  
( )

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Salarios en bruto/propinas por  
periodo de pago:  
\$¿Con qué frecuencia le pagan?  Semanalmente  Cada 2 semanas  
 Bimensualmente  Mensualmente  Anualmente**Si esta persona trabaja por su cuenta, por favor conteste las siguientes preguntas:**

Tipo de trabajo: \_\_\_\_\_

¿Cuánto ingreso neto (ganancias una vez que los gastos son pagados) va a recibir este mes? \$ \_\_\_\_\_

**Miembros adicionales del hogar, continuación:****OTROS INGRESOS:** Marque todo lo que corresponda e indique la cantidad y la frecuencia con que la recibe.**Nota:** No tiene que darnos datos acerca de la manutención de menores o pagos por discapacidad de veteranos. Algún dinero recibido puede o no puede ser contado para Medicaid y Nevada Check Up. Háganos saber si el dinero recibido se considera como ingreso tribal.

<input type="checkbox"/> Ninguno				¿Ingresos tribuales?
<input type="checkbox"/> Beneficios por desempleo	\$ _____	¿Frecuencia?	_____	
<input type="checkbox"/> Pensión de jubilación	\$ _____	¿Frecuencia?	_____	
<input type="checkbox"/> Pensiones	\$ _____	¿Frecuencia?	_____	
<input type="checkbox"/> Beneficios de la Seguridad Social (RSDI)	\$ _____	¿Frecuencia?	_____	
<input type="checkbox"/> Intereses/Dividendos	\$ _____	¿Frecuencia?	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

¿Necesita ayuda con su solicitud?

Llame al 1-800-992-0900 (voz) o 1-800-326-6888 (TTY) o visítenos al [www.dwss.nv.gov](http://www.dwss.nv.gov)

2961-SP (9/14)

Page 2 of 4

**Miembros adicionales del hogar, continuación:****OTROS INGRESOS, continuación:**

<input type="checkbox"/>	Anualidades	\$ _____	¿Frecuencia? _____	¿Ingresos tribuales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/>	Ingresos de alquiler o regalías	\$ _____	¿Frecuencia? _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/>	Ganancias de capital	\$ _____	¿Frecuencia? _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/>	Ingresos agrícolas o de pesca	\$ _____	¿Frecuencia? _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/>	Pensión alimenticia	\$ _____	¿Frecuencia? _____	
<input type="checkbox"/>	Becas y Subvenciones	\$ _____	¿Frecuencia? _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/>	Adelantos en efectivo	\$ _____	¿Frecuencia? _____	
<input type="checkbox"/>	Ganancias de juego	\$ _____	¿Frecuencia? _____	
<input type="checkbox"/>	Otro	\$ _____	¿Frecuencia? _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

**DEDUCCIONES (Solamente indique las deducciones reportadas en el formulario 1040 del IRS): Marque todo lo que corresponda e indique la cantidad y la frecuencia.**

Si paga por algunas cosas que se pueden deducir en la declaración de impuestos federales, el dejarnos saber podría reducir su ingreso contable. Nota: No debe incluir un costo tomado en consideración en su respuesta anterior sobre el ingreso neto si esta persona trabaja por cuenta propia.

<input type="checkbox"/>	Gastos de educador	\$ _____	¿Frecuencia? _____
<input type="checkbox"/>	Cuenta de ahorros para la salud	\$ _____	¿Frecuencia? _____
<input type="checkbox"/>	Gastos de mudanza	\$ _____	¿Frecuencia? _____
<input type="checkbox"/>	Pensión alimenticia	\$ _____	¿Frecuencia? _____
<input type="checkbox"/>	Deducciones de una Cuenta de retiro individual (IRA)	\$ _____	¿Frecuencia? _____
<input type="checkbox"/>	Gastos de negocio de reservistas, artistas intérpretes y funcionarios gubernamentales de pago a base de honorarios	\$ _____	¿Frecuencia? _____
<input type="checkbox"/>	Multa pagada por retiro temprano de ahorros	\$ _____	¿Frecuencia? _____
<input type="checkbox"/>	Intereses de préstamos estudiantiles	\$ _____	¿Frecuencia? _____
<input type="checkbox"/>	Matrícula y cargos	\$ _____	¿Frecuencia? _____
<input type="checkbox"/>	Actividades de producción doméstica	\$ _____	¿Frecuencia? _____

**INGRESOS ANUALES:**

Si los ingresos que aparecen en esta página no son constantes de mes a mes, por favor díganos lo que se espera que sean los ingresos anuales. **Por ejemplo**, algunas personas esperan que sus ingresos sean cambiables, ya que sólo trabajan algunos meses del año. Si no se espera un cambio en los ingresos mensuales, no responda a las dos preguntas siguientes.

Total de los ingresos anuales esperados este año:  
\$ \_\_\_\_\_

Total de los ingresos anuales esperados para el próximo año: \$ \_\_\_\_\_

¿Necesita ayuda con su solicitud?

Llame al 1-800-992-0900 (voz) o 1-800-326-6888 (TTY) o visítenos al [www.dwss.nv.gov](http://www.dwss.nv.gov)

2961-SP (9/14)

Page 3 of 4

**RACE / ETHNICITY**

¿Son de origen hispano, latino o español? (opcional)  Sí  No

Si es hispano/latino (marque todo lo que corresponda - opcional):

Mexicano  Mexicoamericano  Puertorriqueño  Cubano  Chicano/a  Otro

**Raza (opcional) – seleccione todas las que apliquen**

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Blanco                             | <input type="checkbox"/> Filipino      | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái          |
| <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano              | <input type="checkbox"/> Japonés       | <input type="checkbox"/> Guameño o Chamorro       |
| <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Coreano       | <input type="checkbox"/> Samoano                  |
| <input type="checkbox"/> Indio asiático                     | <input type="checkbox"/> Vietnamita    | <input type="checkbox"/> Otro isleño del Pacífico |
| <input type="checkbox"/> Chino                              | <input type="checkbox"/> Otro asiático | <input type="checkbox"/> Otro                     |